RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 11/02/2025 | aceito: 14/02/2025 | publicação: 17/02/2025

O processo de humanização do parto: estado do conhecimentoatual

The process of humanizing childbirth: current state ofknowledge

El proceso de humanización del parto: estado actual del conocimiento

Thaiana Pereira Batista[1]
Roger William Moraes Mendes[2]

1 Acadêmica da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT), MG.
ORCID: 0009-0001-7301-5372. E-mail: thaianabatista17@gmail.com

2 Professor e Orientador da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT), MG. ORCID: 0000-0002-8225-3321. E-mail: roger.mendes@fmit.edu.br

RESUMO

O parto humanizado integra medidas desde o pré-natal até o pós-parto, que visam tornar a mulher protagonista desse momento, bem como proporcionar ao binômio mãe-filho satisfação, autonomia e segurança. Estudos evidenciam o desconhecimento acerca do tema, reforçando a importância da revisão narrativa. Foram realizadas buscas de artigos nas bases Scielo e BVSMS com os descritores Parto Humanizado e Humanização de Assistência ao Parto, identificando-se 109 estudos e incluindo-se 14 artigos completos. Dentre esses, o enfoque era nos direitos relacionados ao parto humanizado em 3, no cuidado assistencial no parto humanizado em 4 e no papel da enfermagem diante do humanizar do parto em 3. Enquanto os demais abordavam temáticas relacionadas aos métodos não farmacológicos, à medicalização e à assistência de doulas. Observa-se que, em geral, os estudos sobre o tema são fragmentados. Espera-se que os presentes achados sejam, em sua totalidade, úteis ao embasamento e contribuam para discussões e intervenções futuras.

Palavras-chave: Parto Humanizado; Humanização de Assistência ao Parto; Gestante.

ABSTRACT

Humanized childbirth encompasses measures from prenatal to postpartum care, aimed at making the woman the protagonist of the experience while also providing the mother-child dyad with satisfaction, autonomy, and safety. Studies indicate a lack of knowledge on the subject, highlighting the importance of a narrative review. Searches for articles were conducted in the Scielo and BVSMS databases using the descriptors "Humanized Childbirth" and "Humanization of Birth Assistance," resulting in the identification of 109 studies, of which 14 were full-text articles. Among these, three focused on the rights related to humanized childbirth, four addressed care in humanized childbirth, and three discussed the role of nursing in the humanization of childbirth. The remaining articles covered themes related to non-pharmacological methods, medicalization, and doula assistance. It is observed that, in general, studies on the topic are fragmented. It is hoped that the present findings will be comprehensively useful as a foundation and contribute to future discussions and interventions.

Key words: Humanized Childbirth; Humanization of Birth Assistance; Pregnant Woman.

INTRODUÇÃO:

O parto e o trabalho de parto são processos fisiológicos que proporcionam uma experiência individual às gestantes e aos seus familiares.[1] Sendo demarcado por transformações fisiológicas e emocionais, que podem cursar com ansiedade, dúvidas e preocupações.[2]

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distrib uição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 11/02/2025 | aceito: 14/02/2025 | publicação: 17/02/2025

Historicamente, o nascimento era um evento natural, íntimo, fisiológico e privado partilhado entre as gestantes e suas famílias. Visto que as mulheres, em geral, tinham seus filhos em casa com o auxílio de uma parteira.[1]

Embora o panorama permanecesse assim até a invenção do fórceps na década de 1630, por Peter Chamberlen, sendo o primeiro artefato a ser instrumentalizado. A medicalização foi, então, uma disputa de mais de três séculos entre praticantes de diversas modalidades, já que parteiras, barbeiros, cirurgiões e médicos disputavam a legitimidade. Mas o processo era decidido por médicos, conforme as normas de cada país.[3]

No entanto, após o século XIX, houve uma mudança radical devido à tecnificação da medicina, o que fez com que a gestante passasse a ocupar um lugar de subordinação em relação aos profissionais da saúde.[4] E, na década de 1980, incluía diferentes intervenções, como tricotomia, enema, ruptura artificial de membranas, episiotomia e restrições (deambulação, alimentação e posições). Portanto, tratando o evento como patológico e retirando a individualidade e a autonomia maternas no processo.[1]

Anteriormente, as tecnologias médicas, a higiene inadequada e o despreparo das parteiras contribuíam para a alta morbimortalidade de gestantes e de seus bebês.[4]

Ressalta-se o direito da gestante de participar da assistência obstétrica, considerando o parto um processo natural, que pode se complicar e, então, exigir intervenção.[5]

Dentre os direitos estão incluídos: ingestão de líquidos durante o parto, respeito à privacidade, escolha de acompanhante, liberdade de movimento e de posição, contato pele a pele imediato. E práticas nocivas precisam ser eliminadas, tais como uso sistemático de enemas, tricotomia, pelvimetria e posição de litotomia.[5]

Tal cuidado tem como referencial a Organização Mundial da Saúde (OMS), que afirma que “Todas as mulheres têm direito a receber o mais alto nível de saúde, incluindo o direito a cuidados dignos e respeitosos na gravidez e no parto, e o direito de não sofrer violência ou discriminação”.[5]

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Humanização do Pré-natal, no qual o enfoque no usuário deve ser sustentado por tecnologias leves, com atenção voltada à saúde, envolvendo vínculo, acolhimento e responsabilização.[6]

E, em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização a fim de transformar oSUS, valorizando os diferentes sujeitos implicados na produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.[4]

A Humanização da Assistência ao Parto, então, é vista como uma das faces da PNHque garante à mulher respeito, em um momento em que ela precisa de atenção e cuidado, assim como a família e o bebê. E as intervenções médicas devem apenas favorecer o parto.[4]

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distrib uição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 11/02/2025 | aceito: 14/02/2025 | publicação: 17/02/2025

Portanto, a compreensão do processo de humanização do parto é relevante, visto que garante tais direitos das gestantes, uma vez que é conhecida por essas mulheres, seus familiares e os profissionais de saúde envolvidos.[4]

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, adequada para discutir determinado assunto. Sendo constituída por uma análise ampla da literatura, sem estabelecer uma metodologia rigorosa e replicável para a reprodução de dados e de respostas quantitativas às questões específicas. Visto que se trata de uma análise bibliográfica sobre as perspectivas da gestante diante do parto humanizado, foram recuperados artigos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS), no mês de junho de 2023, tendo como referência os últimos 25 anos. Foram empregadas as palavras-chave parto humanizado e direitos das gestantes, e foram utilizados manuscritos em português e espanhol. O critério de inclusão era que as expressões utilizadas nas buscas constassem no título ou estivessem explícitas no resumo. Os artigos excluídos, após a leitura dos resumos e/ou dos textos na íntegra, não se correlacionaram diretamente com as palavras-chave utilizadas.

Após a recuperação das informações-alvo, foi realizada a leitura inicial dos títulos e resumos, sem exclusão de publicações. Posteriormente, foi realizada a leitura completa dos textos. A análise buscou a fundamentação teórica dos estudos, bem como a observação das características gerais desses e de seus objetivos. Finalmente, foi feita a apreciação da metodologia, dos resultados e da discussão correlacionados. Especificamente, na análiseda produção científica identificada, não se utilizaram técnicas qualitativas ou quantitativas específicas aos dados, tendo sido analisados todos os textos.

RESULTADO:

A pesquisa dos materiais que compuseram esse trabalho contemplou 109 estudos correlacionados à humanização do parto nas bases de dados supracitadas, dos quais 14 foram incluídos. Dentre os estudos, 4 apresentam abordagem transversal, qualitativa ou quantitativa, e os demais (10) apresentam abordagem teórica. Observou-se a prevalência da língua portuguesa, que atingiu 78,6%, em comparação à língua espanhola (21,4%).

A Tabela 1 evidencia as particularidades dos estudos selecionados. Assim, nota-se o predomínio de abordagens diante da assistência, dos direitos e dos cuidados da enfermagem diante doprocesso de parto humanizado.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distrib uição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 11/02/2025 | aceito: 14/02/2025 | publicação: 17/02/2025

Tabela 1 – Enfoque dos estudos dos artigos sobre o parto humanizado.

Enfoque dos estudos	Número de publicações
Direitos da mulher	3
Cuidado assistencial no parto humanizado	4
Assistência da enfermagem	3
Métodos não farmacológicos utilizados	1
História e políticas à medicalização do parto	1
Doulas à assistência	1
Informações às gestantes	1

Durante o estudo, não foram encontrados relatos de caso que abordassem tais temáticas.O que provavelmente reflete a escassez, na prática, de estudos sobre o parto humanizado, sua assistência e suas implicações.

DISCUSSÃO:

O parto é um momento crítico de transição caracterizado por tensão, dúvidas, angústias e/ou curiosidades. Portanto, deve contar com o acompanhamento de profissionais capacitados, sendo prevista em lei a presença de um pediatra.[6,7] Quanto mais humanizado for esse processo, mais vantajoso acaba sendo para a parturiente, com diversos benefícios, como segurança, autoestima e satisfação do binômio mãe e filho.[8]

Conforme Leão e Bastos (2001), as atividades de suporte no parto podem ser classificadas em categorias: suporte emocional, ou seja, encorajar, tranquilizar e estar presente continuamente; medidas de conforto físico, como massagens e compressas frias; suporte de informação, por meio de orientações, instruções e conselhos; e defesa, ao interpretar os desejos da gestante e agir em favor dela.[4]

O acompanhamento em todas as fases do parto, por exemplo, pode reduzir o tempodo trabalho de parto e a necessidade de analgesia, bem como aumentar os partos vaginais espontâneos e reduzir as cesáreas.[5] E a equipe multiprofissional deve assegurar a atenção com respeito e dignidade.[6]

Deve-se priorizar que, na assistência, haja: escuta atenta; cuidado à autonomia da gestante; acolhimento, vínculo e responsabilização; análise dos aspectos psíquicos e sociais das gestantes; valorização do acompanhante; acesso às informações; consideração da capacidade de autocuidado.[8] Para isso, é essencial reconhecer os diferentes valores culturais, crenças, necessidades e expectativas da gestante.[2]

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distrib uição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 11/02/2025 | aceito: 14/02/2025 | publicação: 17/02/2025

Ademais, caso não haja complicações, o parto domiciliar pode ocorrer se for o desejo da gestante. Porém, deve haver uma equipe profissional adequada e habilitada para o acompanhamento, com profissionais médicos e de enfermagem presentes.[6]

A ingestão de líquidos e alimentos durante o parto é recomendada para gestantes de baixo risco. Recomenda-se estimular a mobilidade, a postura ereta e a adoção de posição de escolha.[5]

Ademais, deve-se realizar precocemente o contato pele a pele entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto.[1]

Também há importância na viabilização do Método Canguru utilizado para que os bebês prematuros tenham contato pele a pele. Assim, o bebê utiliza o mínimo de roupa junto ao corpo da mãe ou do cuidador, na posição vertical. A fim de sentir maior segurança e proteção, gastar menos energia para se manter aquecido, aprender mais rápido a amamentar no peito, receber alta com antecedência e fortalecer o vínculo afetivo.[6]

E a dor deve ser aliviada, pois pode acarretar prejuízos físicos e psicológicos à mãe e ao bebê. Assim, recursos não farmacológicos, tais como atenção contínua, mobilidade, estímulo à deambulação, exercícios respiratórios, uso de bola e banco obstétricos, banho de aspersão com água morna e exercícios perineais, devem ser incentivados; e, se necessário, recursos farmacológicos, como a analgesia, podem ser utilizados, se desejada.[2]

Enquanto o bem-estar da gestante ao nascimento depende de várias questões como: ambiente, acompanhante, equipe, angústia e/ou intercorrências. Assim, o ambiente deve dispor, essencialmente, de: cama, banquinhos obstétricos ou cadeira, poltrona, bola, banheiro anexo, local para a gestante ficar em todos os momentos do parto. E é fundamental a observação cuidadosa, principalmente na primeira hora pós-parto, a fim de prevenircomplicações, como hemorragias.[6]

À integralidade do cuidado, corresponde a estratégia da Rede Cegonha, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a fim de assegurar à mulher o planejamento reprodutivo e a humanização da atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério.[9]

Enquanto a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade, bem como sobre onde receberá assistência no âmbito do SUS. E a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, garante às parturientes o direito à presençade acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS.[9]

Também a Portaria nº 569/GM/MS, de 1º de junho de 2000, institui o Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento, no âmbito do SUS. E a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes à organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.[9]

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distrib uição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 11/02/2025 | aceito: 14/02/2025 | publicação: 17/02/2025

E mediante às responsabilidade dos gestores estão inseridas: ampliação da cobertura e qualificação das equipes de Saúde da Família; vínculo das gestantes ao local do parto; ampliação da quantidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados Intermediários; ampliação de Bancos de Leite Humano; melhora nas unidades de emergência neonatal e obstétrica; garantia de medicamentos que possam ser necessários; classificação de risco; qualificação do atendimento nas maternidades; capacitação das equipes de saúde envolvidas; aprimoramento dos sistemas de informação sobre mortalidade de crianças e diante aos bebês que nascidos vivos; fóruns perinatais com a sociedade à discussão de temáticas correlacionadas à saúde materna e infantil; ampliação de Hospitais Amigos da Criança e ampliar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.[6]

Contudo, no Brasil, a assistência ao parto ainda se caracteriza por um alto índice de intervenções.[4] Sendo cerca de 50% dos partos cesarianos, embora a OMS estabeleça que apenas 15% desses necessitam ser operatórios. E a gestante deve ser informada sobre os motivos que a impedem de optar pelo parto normal, visto que esse é a forma mais segura e saudável; portanto, deve ser estimulada à assistência humanizada.[6,10]

E, diante dos procedimentos necessários, alguns atos médicos estão relacionados à prática inadequada, como a violência obstétrica, que se correlaciona com o ato exercido por profissional da saúde, expresso por meio de atenção desumanizada, abuso de intervenções e/ou medicalização e transformação patológica da parturição fisiológica.[4,11]

Com isso, a Iniciativa Internacional do Parto aborda a relevância rumo à realização do potencial de saúde e bem-estar, em consonância com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Para isso, o papel ativo da gestante demanda promover o parto humanizado, independentemente da via de parto escolhida, educação no pré-natal, partilha de experiências, respeito às decisões da mulher, promoção da presença de acompanhante e estímulo à formação contínua dos profissionais de saúde.[4,11]

Assim, a saúde reprodutiva centrada na mulher enquadra-se na abordagem dos direitos humanos das mulheres. Sendo os principais objetivos: a promoção de práticas baseadas em evidências, a assistência como processo fisiológico e a participação ativa das gestantes, para que se tornem e se sintam protagonistas.[5,12]

A qualidade da assistência é particularmente relevante quando se trata de analisar a experiência do parto e do nascimento em suas diferentes dimensões. E possui, essencialmente, três componentes: o componente clínico se correlaciona à adesão e ao cumprimento das diretrizes clínicas ou dos protocolos; o componente interpessoal exprime-se em cuidados centrados nos indivíduos conforme

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distrib uição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 11/02/2025 | aceito: 14/02/2025 | publicação: 17/02/2025

suas preferências, necessidades e valores individuais; e o componente de contexto está relacionado ao atendimento oportuno, eficiente e equitativo.[5]

Todavia, a prestação de cuidados e serviços pelas equipes de saúde depende dos conhecimentos acerca dos processos tanto fisiológicos quanto emocionais, bem como da observação de desvios à normalidade e do cuidado integral e individualizado às pacientes. Desse modo, é fundamental incrementar a prática baseada na evidência, a fim de promover o papel ativo da gestante. Mas os atendimentos do pré-natal, por exemplo, sãorelativamente breves; assim, não contemplam todas as informações necessárias às gestantes, que tendem a recorrer a outras fontes de informação nem sempre seguras e fidedignas.[1,13]

Além disso, as características intrínsecas dos profissionais de saúde tendem a influenciar, de forma positiva ou negativa, conforme as informações transmitidas. Por exemplo, quanto à forma de comunicação, à empatia, às perspectivas e/ou à falta de conhecimento. Mas as gestantes se sentem seguras diante da equipe de saúde e da prestação de cuidados, o que demanda atualização constante e padronização da abordagem integral.[1,2]

O encorajamento e a confiança transmitidos por uma equipe compreensiva podem ter influência marcante na redução da tensão emocional, principalmente quando se dá à mulher a oportunidade de discutir seus sentimentos e fazer indagações.[4]

E a ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, social e profissional, bem como às relações interpessoais. Portanto, a humanização exige o compromisso coma ambiência diante da construção de espaço que vise à confortabilidade, à produção de subjetividades e que possa ser utilizado como ferramenta facilitadora.[13]

E observam-se cenários contrários ao parto humanizado, tais como o desencorajamento do parto normal e a escassez de conhecimento sobre métodos não medicamentosos, o que evidencia a lacuna no treinamento e no conhecimento dos profissionais de saúde. Como também, a resistência de profissionais de saúde em assegurar a presença de acompanhante e a burocratização do acolhimento.[14] Contudo, a OMS exige que haja ações para prevenir e erradicar situações de assistência inadequada, que demandam maior apoio governamental, programas para a melhor qualidade da assistência, potencialização dos direitos das gestantes, atenção digna e respeitosa às mulheres, responsabilização dos sistemas e/ou profissionais e capacitação contínua dos profissionais. Logo, faz-se necessário incorporar tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, tais como o acolhimento e o vínculo.[10-12]

E, especialmente, investimento educacional, pois as gestantes podem, aodesconhecerem seus direitos garantidos em lei, tornar-se reféns ou vítimas do sistema público de saúde. E tal educação em

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distrib uição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 11/02/2025 | aceito: 14/02/2025 | publicação: 17/02/2025

saúde deve ser responsabilidade dos profissionais, em associação com os gestores da qualidade da assistência às mulheres.[9,13]

Outro aspecto relevante é a criação de um documento no qual possam ser registrados os desejos da gestante. Visto que há mulheres que relatam experiências satisfatórias, mesmo que sejam realizados procedimentos que não constavam em seu plano de parto, que foram explicados com clareza, fazendo com que se sentisse respeitada e com papel ativo em seu processo de cuidado.[1,14]

Contudo, tais temáticas ainda são pouco abordadas, o que impossibilita quantificar os conhecimentos das gestantes e verificar as demandas desse processo.[9] Posto isto, torna-se relevante abordar e instituir a "humanização do parto".

CONCLUSÃO:

Ver a assistência correlacionada ao parto como experiência positiva implica, então, além da assistência prestada por pessoal com habilidades técnicas e práticas clínicas fundamentadas em evidências, colocar a mulher como sujeito essencial nas decisões.

Contudo, ainda há diversos obstáculos à humanização do parto, como a fraca comunicação entre os profissionais, a baixa capacitação e a adoção de um modelo assistencial não sistematizado, o que, consequentemente, resulta em falha na transmissão de conhecimentos à gestante. Portanto, é fundamental que tais temáticas sejam abordadas integralmente.

Então, demanda maior apoio governamental às pesquisas e ações sobre o tema, a elaboração de programas de qualidade da atenção, o fortalecimento dos direitos das gestantes, a responsabilização dos sistemas de saúde e a capacitação dos profissionais envolvidos.

Com isso, acredita-se que o presente estudo possa contribuir para o avanço das discussões acerca da humanização do parto. E ressalta-se que, apesar dos avanços na legislação e na literatura, observa-se pouca mudança nesse cenário. Sendo assim, considera-se relevante um estudo mais aprofundado sobre esta temática, com vistas ao aprimoramento da assistência ao binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS

1. Costa SF. Intervenções de enfermagem que promovem o papel ativo da mulher no trabalho de parto e n o parto [mestrado]. Santarém: Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém; 2018. Disponível em: https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/2297
2. Balsells MM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e no parto: desenvolvimento de uma cartilha educativa [mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Centro de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; 2018. Disponível em:

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distrib uição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VI, v.1 2025 | submissão: 11/02/2025 | aceito: 14/02/2025 | publicação: 17/02/2025

https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/39406/1/2018_dis_mmdbalsells.pdf
3. Sala VV. "La enfermedad normal": Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. Sex., Salud Soc. 2020; 34. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sess/a/8dTQGdvHnBMN8S5MYmnBwFP/?lang=es
4. Silva LC, Cunha EF, Kappler SR. Percepção das mulheres sobre o parto e o papel da doula. Psic. Rev. 2018;27(2):357-76. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/34156/27259
5. Troncoso-Espinoza PV, Figueroa-Lassalle CF. Hacia una atención de calidad integral en las maternidades con perspectiva de derechos humanos. Rev Chil Obstet Ginecol. 2022;87(2):137-144. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262022000200137&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Brasil. Ministério da Saúde. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. São Paulo, 2011. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/2351/file/Guia_dos_Direitos_da_Gestante_e_do_Bebe.pdf
7. Lessa R, Rosa AH. Enfermagem e acolhimento: a importância da interação dialógica no pré-natal. R. pesq.:cuid. fundam. 2010;2(3):1105-10. Disponível em:http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/631/pdf_49
8. Albuquerque RA, Jorge MS, Franco TB, Quinderé PH. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2011;15(38):677-86. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/Yv8MvznNVZ5j8nVSzQjGX5K/abstract/?lang=pt
9. Gouveia GS, Lessa GM. Conhecimento da gestante e dos direitos assegurados pela Rede Cegonha: contribuição da gestora. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2019;43(1):138-151.Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3221/2633
10. Santana DP, Moreira RS, Mueller PS, Moura KM, Pinheiro MD, Oliveira FF, et al. O papel do enfermeiro no parto humanizado: a visão das parturientes. Rev. Nursing. 2023;26(296):9312-18. Disponível em: https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2995/36 06
11. Lima CD. Acolhimento humanizado às gestantes de uma maternidade de referência no município de Caruaru, PE [monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2012. Disponível em: https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012lima-cdo.pdf
12. Vanegas DP, Gómez SM, Villamil MM, León DC. Humanización de los servicios reproductivos desde las experiencias de las mujeres: aportes para la reflexión. Rev. Cuid. 2020;11(2). Disponível em: https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1005/1510
13. Araújo EA. Informação, sociedade e cidadania: gestão da informação no contexto das organizações não governamentais (ONGs) brasileiras. Ci. Inf. 1999;29(2):155-67. Disponível em:https://www.scielo.br/j/ci/a/hBLTc6jXX6s3C4QDtnjjGXG/?format=pdf&lang=pt
14. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério. São Paulo, 2010. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2010/ses- 17209/ses-17209- 1606.pdf

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distrib uição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.